DISSERTATION

N° 25.

SUR

LA PLEURÉSIE;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 février 1824, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR CAMILLE FLEURIOT, de Nantes,

Département de la Loire-Inférieure.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1824.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

Messieurs	Messieurs
LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	
ALIBERT.	FIZEAU.
BÉCLARD, *Examinateur.*	FOUQUIER.
BERTIN, *Examinateur.*	GUILBERT.
BOUGON.	LAENNEC, *Examinateur.*
BOYER, *Suppléant.*	MARJOLIN.
CAYOL.	ORFILA.
CLARION.	PELLETAN fils.
DENEUX.	RÉCAMIER.
DÉSORMEAUX.	RICHERAND, *Président.*
DUMÉRIL.	ROUX.
DUPUYTREN.	ROYER-COLLARD.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.	LEROUX.
DE JUSSIEU.	MOREAU.
DES GENETTES	PELLETAN.
DEYEUX.	PINEL.
DUBOIS.	VAUQUELIN.
LALLEMENT	

Agrégés en exercice.

Adelon.	Kergaradec.
Alard.	Maisonnabe.
Arvers.	Moreau.
Breschet.	Murat.
Capuron, *Suppléant.*	Parent du Chatelet.
Chomel.	Pavet de Courteille.
Cloquet aîné.	Ratheau.
Coutanceau.	Richard.
De Lens.	Rullier.
Gaultier de Claubry.	Ségalas.
Guersent.	Serres, *Examinateur.*
Jadioux.	Thévenot, *Examinateur.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

A MON AÏEULE MATERNELLE.

C. FLEURIOT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

Messieurs	Messieurs
LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	
ALIBERT.	FIZEAU.
BÉCLARD, *Examinateur.*	FOUQUIER.
BERTIN, *Examinateur.*	GUILBERT.
BOUGON.	LAENNEC, *Examinateur.*
BOYER, *Suppléant.*	MARJOLIN.
CAYOL.	ORFILA.
CLARION.	PELLETAN fils.
DENEUX.	RÉCAMIER.
DÉSORMEAUX.	RICHERAND, *Président.*
DUMÉRIL.	ROUX.
DUPUYTREN.	ROYER-COLLARD.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.	LEROUX.
DE JUSSIEU.	MOREAU.
DES GENETTES	PELLETAN.
DEYEUX.	PINEL.
DUBOIS.	VAUQUELIN.
LALLEMENT	

Agrégés en exercice.

Adelon.	Kergaradec.
Alard.	Maisonnabe.
Arvers.	Moreau.
Breschet.	Murat.
Capuron, *Suppléant.*	Parent du Chatelet.
Chomel.	Pavet de Courteille.
Cloquet aîné.	Ratheau.
Coutanceau.	Richard.
De Lens.	Rullier.
Gaultier de Claubry.	Ségalas.
Guersent.	Serres, *Examinateur.*
Jadioux.	Thévenot, *Examinateur.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

A MON AÏEULE MATERNELLE.

C. FLEURIOT.

DISSERTATION

SUR

LA PLEURÉSIE.

La pleurésie est l'inflammation de la plèvre. Son nom est la traduction du mot πλευριτις, qui signifiait, pour Hippocrate, *une douleur de côté forte et persistante.* On trouve la même idée reproduite dans les dénominations de *passio pleuritica*, *morbus costalis*, etc.; et cela seul prouve quelle importance on attacha au principal symptôme de la pleurésie. Lorsqu'on vint à reconnaître que ce symptôme est incertain et inconstant comme tout autre, on dut se mettre en garde contre les nuances obscures de la phlogose. Mais, n'ayant d'autres moyens de diagnostic que l'exploration du pouls et l'examen des symptômes, pouvait-on ne pas méconnaître un grand nombre de pleurésies aiguës, et presque toutes les pleurésies chroniques? Lors même qu'on en présumait l'existence, était-il convenable d'employer des moyens énergiques d'après de simples soupçons? Pour sortir de cette incertitude, il fallait se procurer de nouveaux signes plus sûrs, et propres à confirmer les autres, à les redresser, ou même à les remplacer complètement dans bien des cas. La percussion de la poitrine et l'auscultation médiate ont enfin rendu le diagnostic aussi sûr que facile.

rement des deux, que se fait sentir une douleur fixe et pongitive qui s'étend vers le dos, le sternum, qui s'aigrit par la plus légère pression et les mouvemens du côté douloureux, et qui oblige le malade à favoriser les mouvemens du côté sain en s'inclinant sur le côté malade, à respirer davantage au moyen du diaphragme, à se coucher plutôt sur le dos que sur le côté sain, et surtout que sur le côté affecté. La respiration est comme entrecoupée et douloureuse, surtout pendant l'inspiration, qui est courte et fréquente. La toux est sèche, c'est-à-dire avec très-peu ou point d'expectoration ; elle est comme étouffée, parce que le malade s'efforce de retenir les mouvemens d'inspiration et de prévenir des douleurs déchirantes. Le pouls est ordinairement dur, fort et développé ; d'autres fois petit et concentré. On dit qu'il n'est pas toujours le même aux deux bras. La chaleur est générale, la face vultueuse, la coloration des pommettes très-vive, la langue rouge. Les urines sont limpides et plus ou moins rouges. Il y a constipation.

La pleurésie peut s'élever des degrés de la pleurodynie la plus légère jusqu'à ceux d'une suffocation imminente. Ainsi un épanchement abondant peut se former dans quelques heures, comme on l'observe chez les vieillards et les adultes disposés à la cachexie séreuse ; ou bien, si l'inflammation occupe toute la plèvre, la poitrine, déchirée en tous sens par la douleur, reste immobile, la circulation s'affaiblit et se trouble, et le malade, dans une anxiété effrayante, assis et penché en avant, respire à peine au moyen du diaphragme, et n'ose tousser.

Elle présente des paroxysmes bien prononcés le soir ou la nuit. Sa durée ordinaire est de quatre à quatorze jours. Elle se termine par résolution, par suppuration, par gangrène, par la mort, ou bien elle devient chronique.

Résolution. Les pleurésies simples et légères peuvent guérir promptement et sans évacuations considerables; mais celles qui sont violentes

ne sont arrêtées dans leur marche que par un traitement opiniâtre ou un mouvement critique. Les crises ont lieu vers le cinquième, septième, onzième jour, etc., par une hémorrhagie nasale ou utérine, un flux hémorrhoïdal, une expectoration muqueuse, opaque; une urine abondante, sédimenteuse; une sueur générale, une diarrhée, la miliaire ou des abcès. On remarque alors que la fièvre se calme, que la douleur s'affaiblit, s'étend à l'épaule, aux mains, et finit par disparaître tout-à-fait dans l'espace de sept à quatorze jours. Il ne reste plus qu'une sensibilité légère dans le point qui était douloureux. Il n'y a guère que les mouvemens brusques qui puissent faire ressentir en ce point une douleur un peu vive; et d'ordinaire, au bout de quelque temps, on ne peut plus trouver aucune trace de phlogose. On dit pourtant que des adhérences suites de la résolution peuvent quelquefois causer une sorte de tiraillement.

Suppuration. L'opiniâtreté des symptômes, surtout après le onzième jour, et sans signes de crise, fait craindre la suppuration. Il survient des horripilations, du froid, des frissons sans cause, des sueurs à la poitrine; la fièvre diminue, la douleur devient obtuse, et s'accompagne d'un sentiment de pression dans l'intérieur de la poitrine; la dyspnée augmente; elle s'accroît par la pression du ventre; le décubitus a lieu sur le côté malade, qui ne se dilate plus; l'épanchement distend ce côté, élève les côtes, les écarte, produit entre elles une ondulation. Quelquefois même on obtient par la succussion une sorte de fluctuation perceptible pour le malade et ceux qui l'entourent, et comparable au bruit que fait entendre un liquide enfermé dans un vase qu'il ne remplit pas entièrement. Le sommeil est difficile et interrompu par des réveils en sursaut. La main, le bras du côté malade, le visage, la poitrine sont ordinairement œdémateux avant le reste du corps. Le son de la poitrine et le bruit de la respiration perçus par le cylindre diminuent à mesure que l'épanchement se forme. L'égophonie indique la partie supérieure de l'épanchement; elle paraît quand il est médiocre, et disparaît quand

il est devenu abondant. Dès que l'épanchement est un peu considérable, la respiration devient puérile du côté sain. Ces signes, se manifestant en sens inverse, indiquent que l'absorption a lieu. Elle s'opère dans l'espace de quelques semaines ou plus. Comme l'organisation des fausses membranes n'est souvent complète qu'après plusieurs mois, le son peut rester encore long-temps mat ; et le bruit de la respiration, presque entièrement revenu depuis long-temps du côté malade, ne reprend que lentement toute l'intensité qu'il présente du côté sain. Mais, pour que ces heureux changemens puissent s'opérer, il faut que l'irritation diminue. Si, au contraire, les symptômes conservent leur intensité, le malade meurt de la fièvre hectique, activée d'ordinaire par l'inflammation du poumon.

Gangrène. La gangrène de la plèvre est presque toujours peu étendue, et n'a guère lieu que dans les pleurésies chroniques lorsque le pus du poumon et celui de la plèvre se confondent. Parfois aussi il se forme sur la plèvre une escharre qui laisse le pus fuser jusque sous la peau : on a vu également les fausses membranes atteintes de gangrène. On lui donne pour symptôme la disparition subite de la douleur locale, à laquelle succède l'adynamie générale, l'expectoration supprimée, ou bien noire ou fétide. Quelquefois, mais rarement, on remarque, avant la mort du malade, la couleur noire des tégumens qui correspondent à la partie affectée.

Mort. La pleurésie se termine immédiatement par la mort, lorsque l'inflammation est si violente, que la douleur qu'elle produit, supprimant tout mouvement du thorax, amène le trouble le plus violent dans la circulation. L'épanchement pleurétique peut être très-abondant dès les premiers instans de sa formation, et le bruit de la respiration perçu par le cylindre peut disparaître après quelques heures de maladie : le poumon, d'abord comme suffoqué, cesse d'admettre l'air et de se dilater, quoiqu'il ait à peine perdu un quart de son volume. Cette sorte d'épanchement a lieu plus fréquem-

ment chez les vieillards et les adultes disposés à la cachexie séreuse que chez les individus robustes et les enfans ; chez ces derniers, la respiration s'entend encore, le plus souvent après quelques jours de maladie.

Les hémorrhagies de la plèvre ne s'observent guère que dans son inflammation chronique, et d'ordinaire elles proviennent des fausses membranes au moment où des vaisseaux sanguins s'y développent. M. *Broussais* pense qu'elles sont annoncées par des douleurs atroces.

État chronique. Il succède fréquemment à l'état aigu. On a lieu de le redouter quand, après l'époque ordinaire de la résolution et la disparition de la fièvre, la douleur persiste, et devient vague et obtuse ou plus légère, mais sans changer de siége. Cette douleur augmente dans les mouvemens brusques du thorax, dans les efforts, par la toux, la pression, la percussion. L'épanchement amène la dyspnée, le décubitus sur le côté affecté, l'impossibilité de se coucher sur le côté sain sans une suffocation imminente, l'égophonie, le son mat, etc. Le malade a le teint d'un jaune-pâle, une legère fréquence dans le pouls, qui ne devient fébrile que par les excès. C'est surtout la nuit ou après les exercices qu'il est gêné par une toux sèche. Il peut vivre ainsi plusieurs années ; il finit dans l'œdème ou le marasme. Souvent il est entraîné, au bout de quelques mois, par une inflammation consécutive du poumon ; il peut même arriver que cet organe perforé laisse arriver l'air dans la cavité de la plèvre : cet accident est presque toujours funeste. La décomposition des traits et la marche de la fièvre hectique sont alors des plus rapides.

La pleurésie chronique peut avoir une origine obscure, affecter une marche lente, et ne présenter que des symptômes légers et fugaces. Au milieu de ce calme, elle offre quelquefois des récrudescences passagères qui cedent promptement aux remèdes, et trompent d'autant mieux ; car alors on est naturellement porté à penser que l'on a enlevé une phlegmasie aiguë. On doit donc profiter des moindres indices, et se defier des douleurs fixes à la poitrine à la suite des

contusions, des douleurs vagues provenant du froid ou de l'humidité, de celles qui ne se font sentir que par intervalles, mais toujours au même endroit durant les quintes de toux, le tremblement des fièvres intermittentes. Il en est de même de celles qui ne paraissent que dans les mouvemens brusques ou lorsqu'on vient à percuter la poitrine, surtout quand elles se développent à la suite d'une toux sèche et opiniâtre. Enfin cette affection peut être tout-à-fait *latente*, et n'offrir qu'une toux sèche et ancienne, et un mouvement fébrile à la suite des excès. Ce n'est alors qu'en observant successivement l'état des poumons, du cœur, de l'estomac, etc., que l'on peut acquérir des présomptions plus ou moins fondées sur le siége de la maladie. On examinera si le thorax présente quelque point sensible à la percussion; on fera faire de grandes inspirations au malade; on l'engagera à exécuter divers mouvemens du tronc, etc.; enfin on doit chercher à éclairer les soupçons le plus promptement possible; car, lorsque la dyspnée et la fièvre, suites de la compression du poumon, viennent à se manifester, souvent le mal a fait de grands progrès. Les pleurésies latentes les plus remarquables sont celles dans lesquelles la guérison a lieu par un rétrécissement de la poitrine. Une douleur pleurétique fugace et une toux rare, auxquelles le malade ne fait souvent aucune attention, ou bien de l'anorexie, un état de langueur, s'unissent quelquefois à une respiration facile pendant toute la durée de la phlegmasie; pourtant un épanchement abondant a lieu, l'absorption s'en opère, les fausses membranes s'organisent, et le thorax se rétrécit. On peut observer facilement le développement et les nuances de cette affection à l'aide de la percussion, et surtout du cylindre, moyens d'exploration qui ne doivent être négligés dans aucun des cas où l'on soupçonne l'existence d'une pleurésie chronique.

Ouverture des cadavres.

La phlegmasie peut se résoudre après la mort, et laisser la plèvre saine. Si elle était dans sa force, on trouve, 1.° une rougeur ponctuée,

les vaisseaux de la plèvre comme injectés ; 2.° un épaississement que M. *Laennec* attribue non au tissu de la plèvre, mais à des tubercules miliaires ou à de fausses membranes ; 3.° une couche d'un blanc-jaunâtre, presque opaque, molle comme du pus, ou consistante comme la couenne du sang, à laquelle elle ressemble beaucoup, tapissant les parties enflammées, quelquefois toute la plèvre pulmonaire et costale, qu'elle unit alors par des lames ; assez uniformément épaisse d'une demi-ligne à deux, plus épaisse vers le diaphragme, peu adhérente, susceptible de se détacher en tout ou en partie pour flotter dans la sérosité, et formant ainsi parfois des masses globuleuses d'albumine concrète, qui sembleraient n'avoir jamais adhéré à la plèvre ; 4.° une sérosité citrine ou légèrement fauve, troublée par des fragmens ou des filamens de fausses membranes, semblable au petit-lait non clarifié ; dans quelques cas, sanguinolente, ce qui tient à une inflammation secondaire de fausses membranes vers l'époque où les vaisseaux sanguins s'y développent ; d'une légère odeur acide et animale ; fétide, quand l'air a pu pénétrer jusqu'à elle, prédominant, en général, sur les fausses membranes, chez les sujets lymphatiques. Parfois la sérosité manque, une exsudation molle ou déjà organisée recouvrant un point enflammé du poumon. C'est ainsi que se forment certaines adhérences du sommet du poumon chez les phthisiques.

A l'époque de la résolution, la sérosité est absorbée ; le poumon n'est plus séparé des parois thoraciques que par les fausses membranes qui s'unissent en une seule couche. Celle-ci se divise en feuillets assez épais et opaques, séparés par très-peu de sérosité. On commence alors à y voir des vaisseaux sanguins. Plus tard, les feuillets sont transparens, très-minces, mais encore très-mous. Ils finissent par prendre la consistance et tous les caractères du tissu séreux.

On pense aussi qu'il peut se former des adhérences sans inflammation.

A l'état chronique, la plèvre est plus rouge qu'à l'état aigu ; les fausses membranes sont plus friables et comme grumelées ; la sérosité

est moins limpide, plus foncée en couleur, plus troublée par des fragmens membraneux, moins inodore, plus abondante ; le côté malade peut offrir une dilatation sensible.

Dans quelques cas d'adhérences circonscrites, la fausse membrane du centre forme un sac sans ouverture, exhalant et absorbant, lequel contient d'ordinaire un liquide puriforme, qu'on pourrait prendre pour un abcès du poumon. Ces épanchemens ont ordinairement lieu dans la pleurésie chronique, et se rencontrent plus souvent à la partie latérale inférieure de la cavité de la plèvre, dans l'espace compris entre la base du poumon et le diaphragme, dans les scissures des lobes du poumon.

Dans certains épanchemens où le poumon est relégué dans un coin de la poitrine et maintenu par de fausses membranes, la résorption ayant lieu, le thorax s'affaisse et se rétrécit en se rapprochant du poumon, qui ne peut se développer qu'imparfaitement ; des adhérences se forment, et la maladie ne peut plus récidiver.

Le poumon du côté affecté s'enflamme souvent par contiguité. Par fois celui du côté sain se dilate avec le thorax, auquel il devient adhérent ; il s'enflamme aussi assez souvent, s'y trouvant prédisposé, parce qu'il est chargé seul du travail de la respiration. Le poumon est souvent entièrement affaissé et maintenu par des adhérences fort anciennes ; aussi l'a-t-on cru quelquefois tout-à-fait détruit par la suppuration ; il est alors dense, privé d'air et de sang ; des portions même peuvent ne plus offrir de cellules aériennes, mais une texture homogène, une rougeur musculaire. M. *Laennec* attribue cette sorte de carnification à la résolution imparfaite d'une inflammation légère ou d'un engorgement hémoptysique, hâtée par la compression.

La plèvre et les fausses membranes gangrénées sont d'un vert-brunâtre, noires, ramollies ; le pus est alors grisâtre, noirâtre, excessivement fétide.

Il peut exister une communication de la plèvre avec les bronches, ou bien une perforation aux parois de la poitrine. Enfin on peut trouver des parties cartilagineuses, ossifiées, etc.

Diagnostic.

Les signes diagnostiques de la pleurésie sont, une douleur latérale pongitive, très-vive et superficielle, qui augmente, pendant l'inspiration, par les efforts de la toux, la pression, par le décubitus sur le côté affecté; une toux sèche, c'est-à-dire avec très-peu ou point d'expectoration; un pouls fréquent, tantôt dur et développé, d'autres fois serré; une respiration plutôt douloureuse que difficile; enfin, lorsque l'épanchement se forme, l'égophonie, le son mat, la diminution ou l'absence du bruit de la respiration, qui ne se fait plus entendre que le long de la colonne vertébrale.

Dans la péripneumonie, on observe une douleur de côté obtuse et profonde, avec dyspnée profonde; toux avec expectoration visqueuse, d'un blanc légèrement jaunâtre, verdâtre, ordinairement mêlée de sang; pouls large et plein, souvent mou. Le râle crépitant, entendu au moyen du cylindre, indique le premier degré de la péripneumonie. Dans le second et le troisième degré, on n'entend plus le murmure de la respiration; quelquefois cependant on peut encore percevoir un râle muqueux quand le malade fait une forte inspiration.

Le catarrhe débute ordinairement par une légère démangeaison au larynx et dans la poitrine, avec une constriction pénible, sentiment de plénitude et d'embarras dans les fosses nasales, disposition au larmoiement. Il n'existe point de douleur; aucune émotion dans le pouls, à moins que la maladie ne soit violente. Il s'opère une sécrétion muqueuse abondante, d'abord ténue, ensuite visqueuse, etc. Dès le début, on entend, au moyen du cylindre, un râle ordinairement sonore et grave, quelquefois sibilant, souvent très-bruyant, etc.

La pleurodynie est le plus souvent exempte de fièvre; elle offre une douleur superficielle, qui est augmentée par la respiration, par les mouvemens des bras, et par la plus légère pression sur le lieu malade. Elle n'est point accompagnée de toux.

Il est d'autres affections moins communes qui se rapprochent plus ou moins de la pleurésie, telles que l'inflammation de la face supérieure du foie, etc. On peut surtout être trompé par des complications. A l'état chronique, les signes de la pleurésie sont souvent très-obscurs. Les plus faibles indices doivent la faire craindre et engager à une exploration exacte.

Prognostic.

Les pleurésies se terminent presque toujours par la guérison quand elles sont simples; mais elles se compliquent si souvent d'affections pulmonaires, qu'on doit les regarder, en général, comme des maladies graves. La mauvaise conformation de la poitrine et l'état de grossesse rendent le prognostic plus fâcheux. On regarde comme douteux que la pleurésie du côté gauche soit plus dangereuse que celle du côté droit. Autant une respiration facile est rassurante, autant celle qui s'exécute difficilement est à craindre. L'égophonie est un signe favorable. Quand la fièvre, la douleur et la difficulté de respirer disparaissent, c'est un bon signe; mais quand l'un de ces symptômes persiste après les autres, on doit avoir des inquiétudes sur l'issue de la maladie. La guérison est difficile quand il n'y a point d'expectoration ou d'urines critiques. On regarde les sueurs et la diarrhée comme dangereuses avant l'époque de la résolution : des médecins prétendent que la dernière l'est toujours. Le délire est presque toujours de mauvais présage, surtout vers la fin de la maladie.

Traitement.

La pleurésie peut être sympathique; alors c'est la maladie primitive qui doit d'abord attirer l'attention. Si elle est la suite de la suppression d'une autre affection ou d'une évacuation quelconque, c'est cette affection ou cette évacuation qu'il faut s'efforcer d'abord de rappeler. Trop souvent la pneumonie augmente son danger, ou bien

il existe un état de pléthore : dans ces deux cas, on commence par la saignée générale. Enfin, lorsqu'on n'a plus à s'occuper que de la pleurésie elle-même, on a recours de suite aux sangsues, que l'on applique sur le côté malade, et dont le nombre est proportionné à l'intensité de l'inflammation, ainsi qu'au tempérament, à l'âge, etc. On laisse couler le sang pendant plusieurs heures : on peut en favoriser la sortie par des fomentations émollientes. On applique ensuite un vaste cataplasme émollient sur le côté. On seconde son effet par les boissons chaudes, mucilagineuses, édulcorées; par la chaleur de l'appartement qu'habite le malade, par celle du lit, par le silence et l'immobilité. On calmera la toux au moyen de potions adoucissantes, ou même un peu anodines. Les lavemens émolliens diminueront l'irritation générale, et seront utiles contre la constipation. On a aussi conseillé les bains; mais ils exposent trop au refroidissement. Il existe plusieurs autres moyens qui pourront être utiles, tels que les ciroennes, les sinapismes. S'il se présente une crise, on la favorise, mais sans la forcer, au moyen de l'infusion de coquelicot, de sureau miellée, etc., si elle a lieu par les sueurs; par des boissons un peu nitrées, si elle s'opère par les urines, etc.

Lorsque la fièvre et les autres symptômes ont beaucoup diminué, on remplace les cataplasmes par les frictions calmantes et légèrement rubéfiantes, faites avec le liniment camphré, etc. C'est le moment de placer le vésicatoire sur la poitrine; mais, chez les sujets irritables, on pourra continuer les cataplasmes. Si la toux persiste encore, on peut recourir à l'opium. Vers la même époque, on accorde d'abord quelques crèmes de riz étendues, ou bien une panade légère; on augmente peu à peu les alimens, observant d'en donner moins le soir. Comme la phlogose peut marcher sourdement après que la douleur a été enlevée par les sangsues, les vésicatoires, on doit continuer le traitement jusqu'au vingtième ou trentième jour, ou plutôt jusqu'à ce qu'il ne reste plus aucune trace de phlegmasie. Alors on donne une nourriture plus abondante et plus substantielle, et le malade

reprend peu à peu son régime ordinaire. Une précaution fort utile, c'est de lui faire prendre de bonne heure des gilets de flanelle.

Les exutoires, et particulièrement les cautères, les sétons, sont les remèdes propres à la pleurésie chronique. Quand elle est récente, on peut quelquefois réussir à l'enlever en employant d'abord les saignées locales : ce moyen lui est spécialement applicable lorsqu'elle affecte un développement obscur, et rien ne convient mieux alors que l'emploi des ventouses scarifiées.

On doit nourrir le malade et réparer ses forces en évitant d'exciter la fièvre par des alimens stimulans, et en ne donnant de vin que la quantité suffisante pour faciliter la digestion. Dans les récrudescences passagères, causées d'ordinaire par la souffrance du poumon, on peut recourir au traitement de l'état aigu, et l'on doit surtout faire observer la diète la plus sévère ; mais si, par malheur, la fièvre continue, et si l'appétit se manifeste, on est forcé d'accorder des alimens. On favorise doucement les évacuations. On a recours aux légers sudorifiques pour diminuer la sécheresse et la torpeur de la peau. On peut encore employer, suivant les cas, des lavemens émolliens, une eau de tamarin, des boissons légèrement diurétiques. On ne doit point négliger tout ce qui peut adoucir la toux, non plus que les frictions, la chaleur de la peau, le repos, principalement des organes thoraciques, le calme des passions. Les pleurésies chroniques étant rarement bien guéries, on conçoit quelles doivent être les précautions après qu'elles ont été arrêtées : les gilets de flanelle surtout sont alors généralement recommandés.

La pleurésie peut offrir divers accidens, tels que l'hydropisie, que l'on est obligé de combattre par des moyens particuliers. L'opération de l'empyème est rarement suivie de succès ; et l'on n'y a recours que quand on ne compte plus sur les autres moyens.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Si quis febricitanti cibum det, convalescenti quidem, robur; ægrotanti verò, morbus fit. *Sect.* 7, *aph.* 65.

II.

Autumnus tabidis malus. *Sect.* 3, *aph.* 10.

III.

Tabes maximè fit ætatibus ab anno octavo decimo, usque ad quintum trigesimum. *Sect.* 5, *aph.* 9.

IV.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

V.

Frigida, velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.

VI.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus, mutationes magnæ tùm frigoris, tùm caloris, et cætera pro ratione eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.